

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

No 609

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 18 Juillet 1901, à une heure

PAR

Ernest THOUMIRE

Ex-interne provisoire

Répétiteur à l'Amphithéâtre d'Anatomie des Hôpitaux

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

SUR LE

SINUS MAXILLAIRE

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

DE L'EMPYÈME LATENT PAR L'ORIFICE NATUREL

Président : M. DIEULAFOY, professeur

Juges { MM. SCHWARTZ, professeur
GILBERT ET CHASSEVANT, agrégés

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15, rue Racine, 15

1901

609

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

66

1851

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 18 Juillet 1901, à une heure

PAR

Ernest THOUMIRE

Ex-interne provisoire

Répétiteur à l'Amphithéâtre d'Anatomie des Hôpitaux

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

SUR LE

SINUS MAXILLAIRE

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

DE L'EMPYÈME LATENT PAR L'ORIFICE NATUREL

Président : M. DIEULAFOY, professeur

Juges { MM. SCHWARTZ, professeur
GILBERT ET CHASSEVANT, agrégés

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

45, rue Racine, 45

1901

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen : M. BROUARDEL.

Professeurs :

Anatomie	MM. FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	HUTINEL.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	BRISAUD.
	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	BERGER.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DUPRÉ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	FAURE	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	GAUCHER	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GILLES DE LA	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA (AUG.)	TOURETTE	MENETRIER	VARNIER
BROCA (ANDRÉ)	HARTMANN	MERY	WALLICH
CHARRIN	HEIM	ROGER	WALTHER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
DESGREZ	LEGUEU		

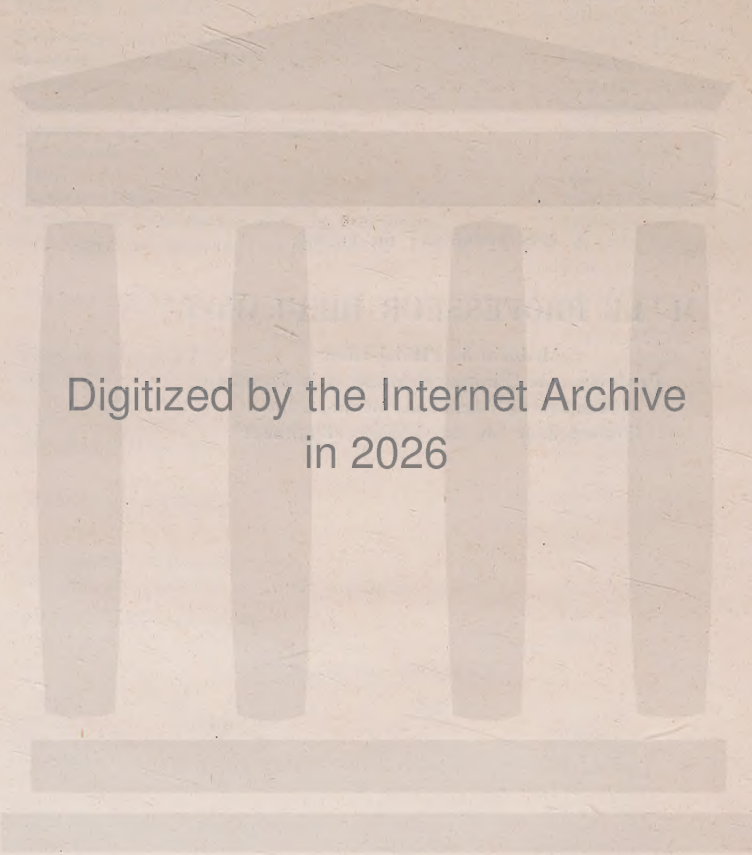
Chef des Travaux anatomiques: M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 Décembre 1793, l'École a accepté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entendait leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Médecin de l'Hôtel-Dieu
Professeur de Clinique médicale à la Faculté
Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550230_0037

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

SUR

LE SINUS MAXILLAIRE

INTRODUCTION

Sous la direction de notre maître, M. le Dr Quénu, nous enseignons depuis 4 ans l'anatomie à l'amphithéâtre des Hôpitaux. La nature de nos travaux nous a conduit à pratiquer de nombreuses coupes de la tête, et nous avons été assez heureux de relever, au cours de nos recherches, certaines particularités anatomiques intéressantes. La topographie des cavités annexes de la face nous étant devenue familière, nous avons pris goût à la pathologie des fosses nasales. Nous avons pu, dans le service de M. le Dr Quénu, au dispensaire Péreire, suivre quelques cas d'empyème latent du sinus maxillaire que nous avons été assez heureux de guérir par de simples lavages pratiqués par l'orifice naturel. Nous avons pensé que nos quelques recherches anatomiques et cliniques pouvaient présenter quelque intérêt et nous avons

cru pouvoir en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Dans une première partie, nous rappellerons brièvement l'anatomie du sinus maxillaire; nous signalerons au passage les particularités intéressantes que nous avons rencontrées.

Dans la seconde partie, nous exposerons quelques faits cliniques et nous essaierons de démontrer encore une fois la valeur, trop méconnue, d'un procédé de diagnostic et de traitement déjà ancien, le cathétérisme du sinus maxillaire par l'orifice naturel.

Mais avant d'exposer le résultat de nos recherches, nous sommes heureux d'exprimer aux maîtres qui nous ont instruit nos sentiments de reconnaissance.

Nous avons été pendant deux ans l'élève de M. le professeur Dieulafoy, nous lui devons toute notre instruction médicale. Qu'il veuille bien agréer l'expression de notre respectueuse affection. Nous le remercions en outre de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Pendant deux ans, nous avons suivi les savantes leçons de M. le professeur Farabeuf. A son contact, nous avons été pris d'un goût très vif pour l'anatomie et aujourd'hui nous en tirons un grand profit. Nous lui garderons toujours une grande reconnaissance.

Nous gardons aussi un affectueux souvenir à notre prosecteur, M. le Dr Potherat, à M. le Dr Wal-

ther, notre premier maître dans les hôpitaux.

Que M. le Dr Sébilleau, qui nous a honoré de sa confiance en ces dernières années, reçoive également l'expression de notre bien vive reconnaissance.

Nous saluons aussi respectueusement la mémoire de MM. les professeurs Verneuil et Trélat, de M. le Dr Després, nos premiers maîtres en chirurgie.

Nous sommes heureux d'adresser publiquement à M. le professeur Garel, médecin des hôpitaux de Lyon, le témoignage de notre entière reconnaissance pour la générosité avec laquelle il nous a fourni les documents cliniques de notre thèse.

Que M. le Dr Quénu reçoive enfin l'assurance de notre inaltérable affection. Depuis sept ans, nous sommes à ses côtés au dispensaire Pereire, nous lui devons d'être, depuis quatre ans, répétiteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, n'est-ce pas dire que nous lui devons la plus grande partie de notre savoir et le meilleur de notre vie ?

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

Le sinus ou antre d'Highmore est une cavité creusée dans l'épaisseur de la pyramide orbitaire du maxillaire supérieur. Elle est située au-dessus de la cavité buccale, au-dessous de la cavité orbitaire, en dehors des fosses nasales. Son axe, comme celui de la pyramide orbitaire, est couché transversalement. Comme à la pyramide, on peut donc lui décrire trois faces ; antérieure, supérieure, postérieure, une base constituant en grande partie la paroi externe des fosses nasales, trois bords, un sommet.

La base ou paroi sinusienne des fosses nasales, en s'unissant aux deux parois antérieure et postérieure, forme la partie déclive, le plancher du sinus.

Paroi antérieure.

Vue par sa face cutanée, la paroi antérieure est inégale, bosselée. Un peu au-dessus de sa partie

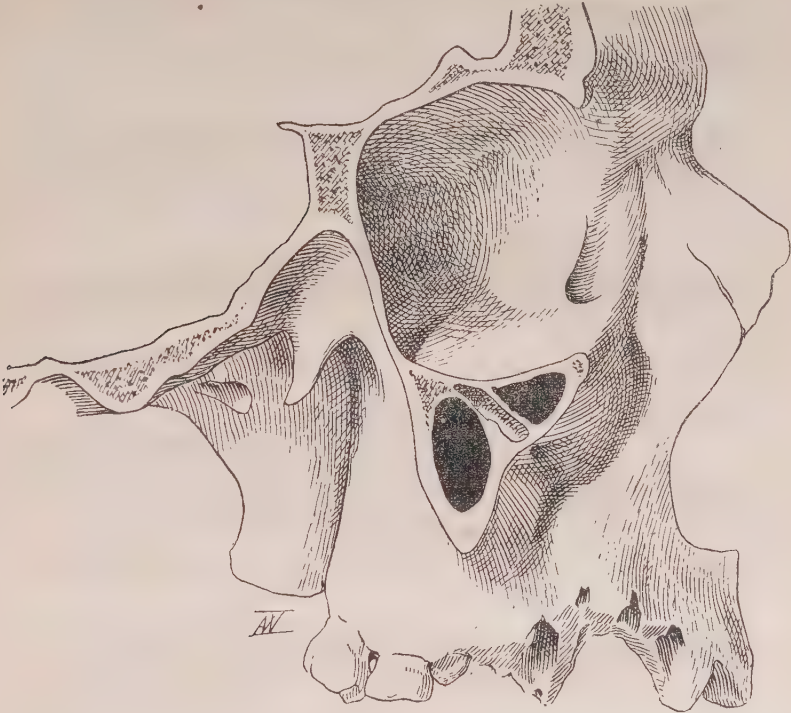
moyenne, à 6 ou 8 millimètres du rebord orbitaire, on y remarque le trou sous-orbitaire, par où s'échappe, pour s'épanouir dans les parties molles voisines, la portion terminale du nerf maxillaire supérieur et les vaisseaux sous-orbitaires. Inférieurement, la paroi antérieure, est soulevée par le relief des racines de la canine et des prémolaires.

L'implantation de ces trois dents dans l'épaisseur de la paroi antérieure donne à cette région un intérêt particulier. C'est, en effet, le lieu d'élection de kystes dentaires, que ceux-ci résultent d'une anomalie de développement du follicule dentaire (kystes dentigères), ou bien qu'ils se développent sur des dents depuis longtemps malades (kystes radiculaires).

Nous rapportons dans notre seconde observation un cas très intéressant de kyste radiculaire développé dans la paroi antérieure.

Examiné par sa face sinusienne, la paroi antérieure est presque verticale et régulière. Elle est partagée en deux parties par le relief toujours très marqué du canal sous-orbitaire s'infléchissant en bas. Nous possédons plusieurs pièces où le canal sous-orbitaire est complètement détaché, et s'étend, sorte de tube creux et libre à l'intérieur de la cavité, de la partie moyenne de la paroi orbitaire à la partie moyenne de la paroi cutanée.

De la face sinusienne de la paroi antérieure se détache fréquemment une lamelle tendant à cloisonner la partie antéro-interne de la cavité.



Coupe verticale et antéro-postérieure passant à quelques millimètres en dehors du trou sous-orbitaire. (Segment interne de la coupe).

Cette figure montre une disposition peu fréquente. Le canal sous-orbitaire est libre à l'intérieur du sinus, et s'étend comme une sorte d'arc-boutant creux de la partie moyenne de la paroi orbitaire à la partie moyenne de la fosse canine.

Examinée par transparence, cette paroi montre un ou plusieurs canaux, très fins, assez souvent déhiscent, et s'étendant presque horizontalement du canal sous-orbitaire au sommet des alvéoles des dents antérieures. Ces canaux, sillonnant la moitié interne de la paroi antérieure, renferment les fins paquets vasculo-nerveux destinés aux incisives et à la canine. Leur existence permet d'interpréter certains faits pathologiques, tels que la décoloration des dents précitées après certaines interventions sur la paroi antérieure et surtout les irradiations douloureuses qu'on observe au cours de certaines sinusites.

Rappelons enfin que la paroi antérieure est une voie d'accès facile et sûre dans la cavité sinusienne. C'est elle que l'on trépane de préférence dans les vieilles sinusites que des procédés plus simples ont été impuissants à guérir, et dont la chronicité est entretenue par une dégénérescence profonde de la muqueuse, épaissie et fongueuse, et surtout par des lésions des plans osseux sous-jacents. Cette voie permet d'ouvrir largement le sinus, et rend possible le curettage soigné, complet, de la cavité, sous le contrôle du toucher et de la vue qui explorent les moindres anfractuosités. Les guérisons lentes, les récidives, les insuccès doivent presque toujours être rapportés à la persistance de quelques masses fongueuses ayant échappé à l'action de la curette.

Paroi supérieure.

Cette paroi qui ferme en haut la cavité du sinus constitue en même temps le plancher de l'orbite ; elle est fortement inclinée en bas et en dehors, faisant avec la face nasale ou base du sinus un angle dièdre plus ou moins aigu. L'inclinaison de cette face sera toujours présente à l'esprit lorsqu'on sera amené à pratiquer la ponction du sinus par le méat moyen. On devra veiller à pousser prudemment la pointe pour ne pas pénétrer dans la cavité orbitaire.

Le plancher de l'orbite est d'une minceur et d'une friabilité extrêmes. La pointe, sous la moindre pression y pénètre, tandis que la même pointe s'émousse sur la paroi antérieure. Sur certains sujets nous avons vu la substance osseuse faire défaut et les deux cavités contiguës n'être séparées que par l'adossement du périoste orbitaire à la muqueuse sinusienne. Comme détail anatomique important, nous ne rappellerons que l'existence de la gouttière et du canal sous-orbitaires. Du côté du sinus, la lamelle osseuse engainant le nerf maxillaire supérieur est souvent déhiscente et permet de comprendre les irradiations douloureuses dans la sphère de la 2^e branche du trijumeau au cours de l'empyème maxillaire. Tout à fait en dedans, le plan-

cher de l'orbite s'infléchissant en bas ferme quelques cellules ethmoïdales.

Ces rapports étroits du sinus et des cellules ethmoïdales ont conduit certains rhinologistes à utiliser l'ouverture large du sinus par la face antérieure dans le traitement de certaines ethmoïdalites.

La minceur du plancher de l'orbite, la déhiscence fréquente de la gouttière sous-orbitaire font pressentir les dangers qu'un sinus infecté fait courir par simple propagation à la cavité orbitaire et secondairement à la cavité crânienne elle-même.

Il est encore un autre mode de contamination plus fréquent peut-être pour ces deux importantes cavités voisines du sinus. Ce sont les communications vasculaires. On sait, en effet, depuis les belles recherches de Ziem, de Festal, que les veines du sinus se jettent, les unes dans le plexus ptérygo-maxillaire, d'autres dans la veine ophthalmique inférieure, d'autres dans la veine faciale, les veines sous-orbitaires. Or, est-il besoin de rappeler que la veine faciale, au niveau du grand angle de l'œil, communique à plein canal avec la veine ophthalmique; que celle-ci est tributaire du sinus caverneux dans lequel elle se déverse; que le plexus ptérygo-maxillaire lui-même communique largement avec le même sinus caverneux, pour faire ressortir toute la gravité que présente pour le globe oculaire et pour l'encéphale, l'infection de la mu-

queuse sinusienne et des veines qu'elle renferme.

Paroi postérieure.

La paroi postérieure, ou mieux postéro-externe, limite en avant la fosse zygomatique. Son épaisseur et sa consistance sont intermédiaires à celles des deux faces précédentes. Par sa partie la plus interne, elle forme la paroi antérieure du creux ptérygo-maxillaire ; on en déduit la possibilité d'atteindre très simplement, par la voie sinusienne, le nerf maxillaire supérieur avant son entrée dans la gouttière sous-orbitaire. — C'est sur cette même paroi que cheminent les nerfs dentaires postérieurs et supérieurs avant de disparaître dans les conduits qui leur sont destinés. Enfin, à sa partie inféro-externe, cette paroi postérieure présente un bloc de tissu spongieux, où se termine le rebord alvéolaire. C'est dans ce noyau de tissu spongieux qu'évolue la dent de sagesse supérieure.

Paroi interne ou nasale.

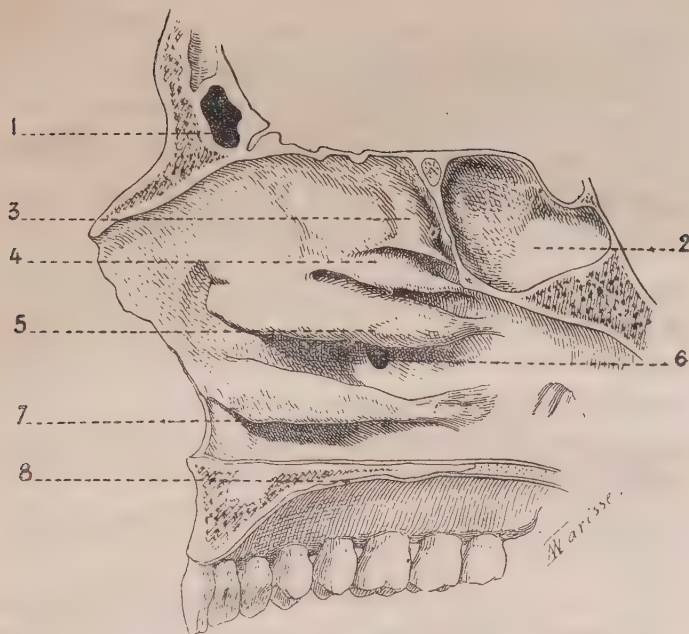
Au point de vue qui nous intéresse, c'est de beaucoup la plus importante. L'aspect de cette face diffère considérablement, suivant qu'on l'examine du côté

du sinus ou par la fosse nasale. Les quelques détails qui vont suivre ne peuvent s'observer que sur des pièces dont la muqueuse a été respectée.

Vue du côté du sinus et examinée par transparence, cette face, le plus souvent quadrilatère, quelquefois triangulaire à sommet tronqué et courbe, est parcourue, en diagonale, de l'angle antéro-supérieur à l'angle postéro-inférieur par la ligne d'implantation du cornet inférieur. Toute la partie sous-jacente à cette ligne est soulevée du côté du sinus; elle est épaisse, solide, résistante, et nécessite un effort appréciable pour être traversée par la pointe du trocart.

Toute la partie sus-jacente à cette ligne est plane et triangulaire, à sommet antérieur, et nous montre, dans son tiers antérieur, l'*ostium maxillare*, ou orifice constant de communication de l'antre d'Highmore avec les fosses nasales. Situé très-haut, creusé dans l'angle dièdre formé par le plancher de l'orbite et la paroi nasale, cet orifice est très variable dans sa forme et dans ses dimensions. — Il est le plus souvent allongé d'avant en arrière, et mesure en moyenne 6 mm. dans son grand axe, 3 mm dans son petit axe. Sa situation à la partie la plus élevée du sinus est une disposition anatomique malheureuse s'opposant au libre écoulement du pus accumulé dans la cavité.

D'autre part, cet orifice s'ouvre indirectement dans le méat moyen des fosses nasales. Pour le découvrir, il faut, d'un coup de ciseaux, faire sauter le cornet



Paroi externe de la fosse nasale directe.

1. Sinus frontal.
2. Sinus sphénoïdal
3. Quatrième cornet
4. Cornet supérieur
5. Cornet moyen. — On remarquera que le bord antérieur de la tête de ce cornet est libre, non adhérente, et rend facile l'accès du 2^e méat par l'orifice antérieur de la narine. — Ce cornet cache à la manière d'un écran toutes les saillies et dépression de la paroi nasale du sinus correspondant au méat moyen. Se reporter pour l'étude des saillies et des dépressions, à la fig. page.
6. Orifice accessoire du sinus ou orifice de Giralde's.
7. Cornet inférieur.

moyen. On a alors, sous les yeux, une région très accidentée, formée de saillies et de dépressions. Au voisinage de la ligne d'implantation du cornet, nous voyons une saillie de volume variable, toujours creusée d'une cellule, c'est la bulle ethmoïdale. Audessous d'elle, et la contournant en avant et en bas, est une gouttière tantôt courbe, tantôt rectiligne, la gouttière de l'infundibulum, ou l'hiatus semi-lunaire comme on l'appelle encore autrement. Cette gouttière est limitée inférieurement par le bord libre de la lame unciforme de l'ethmoïde. Cette lamelle osseuse, courbée comme un cimeterre, tapissée par la pituitaire, contourne, mais à distance, la bulle ethmoïdale. C'est l'invagination de la pituitaire dans l'interstice séparant la lame unciforme de la bulle ethmoïdale qui forme la gouttière de l'infundibulum.

Dans cette gouttière s'ouvre l'orifice de communication. Pour l'apercevoir, il faut accrocher la lèvre interne de la gouttière, et la renverser en bas. Alors on découvre, dans la moitié postérieure de la gouttière, à 40 millimètres en moyenne de l'épine nasale inférieure et antérieure, l'orifice constant. La gouttière varie considérablement dans sa forme, dans sa direction, dans sa largeur.

Elle est tantôt courbe, tantôt rectiligne et inclinée en arrière et en bas à 45°. Dans d'autres cas, verticale à l'origine, elle se termine en décrivant un demi cercle à concavité supérieure. C'est cette gouttière

qu'il faut apprendre à découvrir pour pratiquer le cathétérisme de l'orifice naturel.

Le sinus maxillaire n'est pas la seule cavité qui vienne s'ouvrir dans la gouttière de l'infundibulum. Quand on explore cette dernière, on constate que les cellules ethmoïdales antérieures viennent s'ouvrir à sa partie moyenne, et un stylet, engagé dans sa partie la plus élevée, pénètre dans le sinus frontal. Sur de nombreuses pièces, le sinus frontal apparaît comme étant l'épanouissement de la partie la plus élevée de cette gouttière. Du mercure versé dans le sinus frontal, coule dans la gouttière de l'infundibulum, et vient remplir le sinus maxillaire. Il en est de même du pus, au cas de sinusite frontale, et l'on sait, du reste, que dans les sinusites anciennes, l'infection des deux cavités est à peu près la règle.

Cavité du sinus

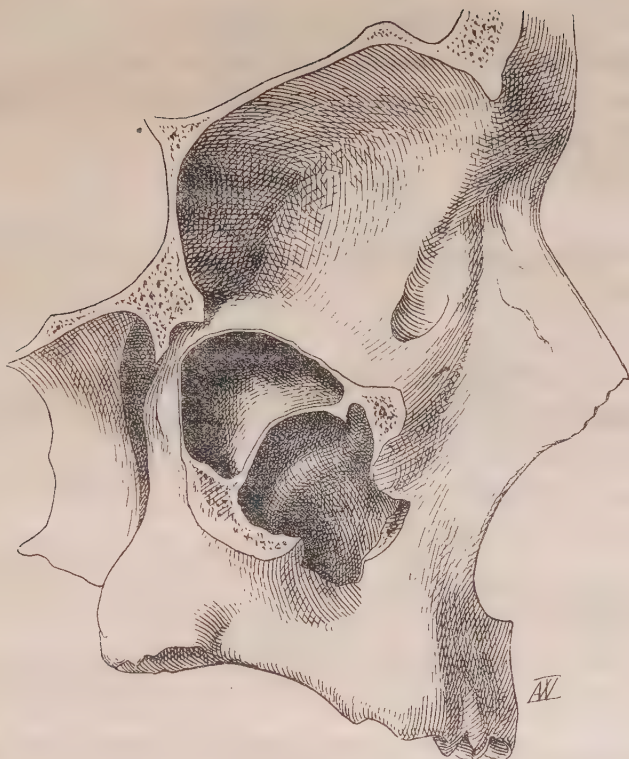
Cette cavité résultant de la résorption graduelle du tissu spongieux de la pyramide orbitaire, a des dimensions variables. Elle atteint son plus grand développement chez le vieillard. Nous en avons déterminé la contenance sur une vingtaine de sujets en la remplissant de mercure. La plus petite cavité rencontrée mesurait 7 cm c. 5 ; la plus grande 20.

Nous avons obtenu comme capacité moyenne 11 cm c. 8.

La cavité du sinus est rarement lisse et unie ; elle est souvent parcourue d'une paroi à l'autre par des crêtes ostéo-muqueuses qui tendent à la cloisonner. Ces crêtes s'observent avec une fréquence relativement grande au niveau du plancher, circonscrivant ainsi de petites fosses, au-dessous desquelles sont implantées les deux premières grosses molaires.

Nous possédons dans nos pièces un exemple remarquable de cloisonnement partiel par le relief du canal sous-orbitaire s'avancant de deux centimètres dans la cavité. Entre cette lame contenant le canal sous-orbitaire et le relief du canal lacrymo-nasal sur la paroi interne, existe un diverticule étroit et profond, bien difficile à atteindre si un curettage eût été nécessaire. Sur une autre pièce, plus remarquable encore, du canal sous-orbitaire, se détache une lamelle compacte et solide, allant se souder à la paroi interne un peu en avant de sa partie moyenne. Cette lamelle, isole toute la partie antéro-interne de la cavité qui communique avec la cavité du sinus par un orifice étroit situé à la partie la plus élevée.

On conçoit facilement les inconvénients qui peuvent résulter de la présence de ces lamelles dans un sinus infecté. Elles peuvent facilement passer inaperçues au cours d'une trépanation et bon nombre d'insuccès opératoires doivent leur être attribués.



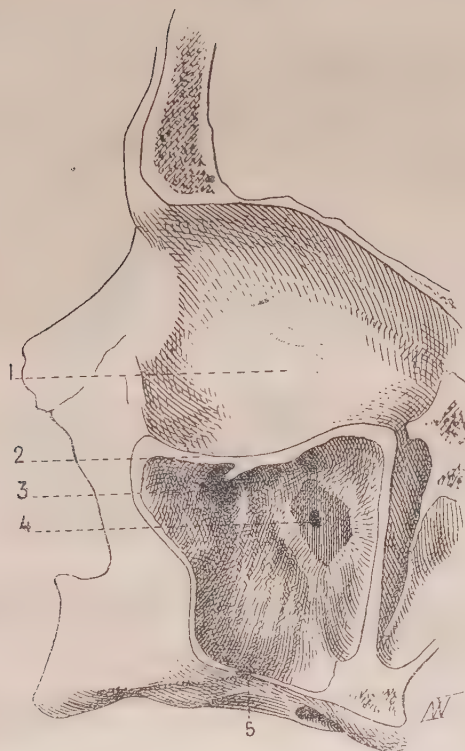
Cloisonnement complet du sinus.

- A. — Cavité antérieure seule en rapport avec le rebord alvéolaire, et communiquant avec le deuxième méat. — Cette cavité était remplie de pus,
- B. — Cavité postérieure, seule en rapport avec le plancher de l'orbite, et s'ouvrant dans le méat supérieur. — Cette seconde cavité était saine.
- C. — Cloison complète, solide et efficace, ayant protégé la seconde cavité contre l'infection de la première.

Enfin nous possédons un remarquable exemple de cloisonnement complet. La cavité du sinus est partagée en deux cavités, parfaitement distinctes, par une très solide cloison s'étendant du rebord orbitaire à la partie basse de la tubérosité.

La 1^{re} de ces cavités, située en bas et en avant, est sans connexion avec le plancher de l'orbite, mais elle répond en revanche à une grande étendue du rebord alvéolaire. Elle s'ouvre, par un long canal étroit, dans la gouttière de l'infundibulum. Cette cavité est infectée et encore remplie de pus concrété. — La seconde cavité, située en arrière et au-dessus de la précédente, est sous-jacente au plancher de l'orbite. Elle s'ouvre par un large orifice, au-dessus du cornet moyen, dans le méat supérieur. Elle est complètement saine. Enfin, dernière particularité intéressante à signaler, cette cavité, sous la partie la plus reculée du plancher de l'orbite, confine au sinus sphénoïdal, dont elle n'est séparée que par une très mince lamelle se laissant perforer avec une extrême facilité. On conçoit tout le parti que l'on peut tirer d'une pareille disposition pour le traitement de l'empyème sphénoïdal, si hérissé de difficultés, par les procédés ordinaires.

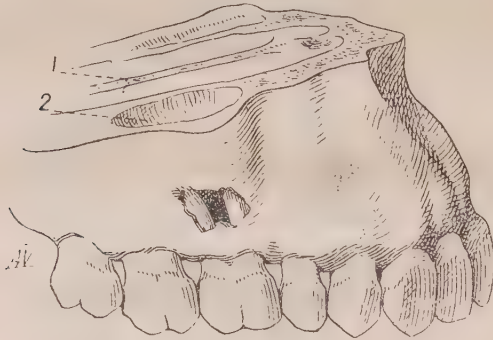
La cavité du sinus confine en bas au rebord alvéolaire avec lequel elle présente les rapports les plus intéressants. La partie déclive de la cavité ne répond pas à toute l'étendue de ce rebord. Le plus



Coupe verticale et antéro-postérieure du maxillaire supérieur gauche passant par le rebord alvéolaire. (Segment interne de la coupe).

1. — Orbite.
2. — Plancher de l'orbite.
3. — Orifice naturel ou ostium maxillaire.
4. — Orifice accessoire ou orifice de GiraIdès (inconstant), creusé au milieu d'un espace membraneux, sorte de fontanelle.
5. — Plancher du sinus, remarquable par son extrême minceur. Sur ce sujet âgé, complètement édenté, le rebord alvéolaire a presque complètement disparu. Au niveau du point 5, la substance osseuse n'existe plus, et la cavité sinusienne n'est plus séparée de la cavité buccale que par l'adossement des deux muqueuses.

souvent, elle répond aux racines de la 2^e petite molaire et des 2 premières grosses molaires. Lorsque, par le développement progressif de la cavité, la résorption du tissu spongieux a été poussée très loin,



Coupe horizontale et antéro-postérieure ayant détaché tout le plancher des fosses nasales.

1. — Pied de la cloison.
2. — Partie déclive du sinus, en contrebas du plancher des fosses nasales. On remarquera que le point déclive correspond à la première grosse molaire supérieure ou dent de 6 ans. (On sait que cette dent est très fréquemment cariée). Sur ce sujet, la 1^{re} grosse molaire est atteinte d'une carie du 4^e degré, compliqué d'un abcès alvéolaire, ouvert à la fois du côté palatin et du côté vestibulaire. La figure montre l'ouverture de l'abcès dans le vestibule, et à travers l'ouverture, les 2 racines externes. Cette figure est destinée à montrer le danger des caries des deux premières grosses molaires par l'ouverture possible des abcès dentaires dans la cavité sinusienne. Sur ce sujet, la partie déclive n'était plus séparée de la cavité de l'abcès que par une mince pellicule osseuse.

le plancher est mamelonné par le relief des racines sous-jacentes. Quelquefois même, la substance osseuse fait défaut, et les racines sont au contact de la muqueuse. Les conséquences pathologiques qui découlent de ces faits sont du plus haut intérêt et nous font pressentir les rapports étroits de la sinusite maxillaire avec la carie des dents postérieures. Nous représentons dans nos planches une pièce montrant avec une grande netteté les dangers que peuvent faire courir au sinus l'alvéolite compliquant la carie des grosses molaires.

Une autre déduction s'impose encore à l'esprit, c'est l'accès facile de la cavité sinusienne par la voie alvéolaire. On sait que la trépanation de cette cavité par les alvéoles de la 1^{re} et de la 2^e grosse molaire est considérée, par beaucoup de chirurgiens, comme la méthode de choix dans le traitement des sinusites (Procédé de Cowper).

DIAGNOSTIC DE L'EMPHYÈME LATENT PAR LE LAVAGE EXPLORATEUR

Depuis les belles recherches de Ziem sur l'emphyème latent du sinus, cette affection est devenue un fait banal pour les rhinologistes. C'est qu'en effet, cette affection s'observe avec une grande fréquence au cours de maladies communes, comme dans le coryza de la grippe, ou bien comme complication de la carie dentaire, surtout de la première grosse molaire ou encore de la seconde petite molaire.

Les signes de la sinusite maxillaire sont nombreux, et parmi les plus précieux nous mentionnerons seulement l'écoulement plus ou moins abondant de pus par la narine du côté malade, la présence du pus dans le méat moyen, le reflet lumineux pulsatile, l'hypertrophie de la muqueuse des cornets, la présence du bourrelet hypertrophique latéral de Kaufmann. A ces signes importants, fournis par la rhinoscopie, s'ajoute un mode d'investigation non

moins précieux, c'est l'éclairage électrique par transparence, selon la méthode de Heryng. On sait que ce procédé consiste à placer le malade dans une chambre noire, à introduire dans la bouche une petite lampe de 6 à 8 volts, et à faire passer le courant, les lèvres étant rapprochées. Les joues et surtout la paupière inférieure du côté sain, laissent passer la lumière et sont transparentes, tandis que du côté correspondant à l'empyème, la joue et la paupière s'éclairent mal et restent sombres ; du côté malade, pas de croissant lumineux palpébral.

De l'éclairage électrique dérivent encore d'autres signes. Si, pendant le passage du courant, on fixe attentivement les pupilles, celle du côté sain laisse passer les rayons lumineux, tandis que celle du côté malade reste complètement obscure : c'est le signe de Vohsen-Davidsohn.

Si faisant renverser la tête en arrière, on examine à travers les narines la paroi nasale du sinus dans le méat inférieur, celle du côté sain est lumineuse, tandis que celle du côté malade est opaque. C'est le signe de Robertson.

Enfin, M. Garé, médecin des hôpitaux de Lyon, à l'obligeance de qui nous devons les nombreuses et intéressantes observations de notre thèse, a constaté le premier que, pendant l'éclairage intra-buccal, on perçoit de chaque côté une sensation lumineuse très nette, lorsqu'on tient les paupières baissées.

Dans le cas d'empyème unilatéral, il y a absence de perception lumineuse subjective du côté malade. C'est le signe de Garel.

Malheureusement, de tous ces signes, précieux pourtant, aucun n'est pathognomonique ; tous sont infidèles et la méthode de Heryng elle-même n'a qu'une valeur diagnostique tout à fait relative. Ne sait-on pas que chez bon nombre de personnes saines, il n'est pas rare d'observer des différences d'éclairage parfois considérables d'un côté à l'autre, et nous-même, au cours de nos essais pour nous familiariser avec la technique de l'éclairage, nous avons pu constater une opacité complète des paupières et des joues chez des personnes dont les sinus étaient absolument indemnes.

L'interprétation de ces faits est des plus simples, si l'on se rappelle que l'antré se forme par la résorption du tissu spongieux de la pyramide orbitaire, et que cette résorption se fait à des degrés divers, avec des écarts considérables, chez les différents individus, quelquefois chez le même individu.

De tous les signes précités, un seul est constant, c'est l'écoulement purulent, permanent ou périodique par la narine du côté malade. Or, ce signe n'est point pathognomonique d'une sinusite maxillaire. Il est commun aux suppurations de toutes les cavités accessoires, et on l'observe aussi bien dans les sinu-

sites frontales que dans les sinusités maxillaires, que dans les différentes ethmoïdalites.

Un seul signe pourrait être pathognomonique, c'est le lavage explorateur de l'antre par l'orifice naturel. La sortie du pus avec l'eau du lavage est absolument décisive et suffit à lever tous les doutes. On conçoit même que, dans certaines circonstances, lorsque le pus est grumeleux et en petite quantité, le lavage seul pourra déceler sa présence. On peut donc s'étonner que cette méthode de diagnostic, si décisive et pourtant si simple, si peu brutale, si exempte de danger, si peu douloureuse, facile dans la plupart des cas, pratiquée depuis si longtemps déjà, si vantée encore de nos jours par quelques-uns, soit si délaissée. C'est une méthode de diagnostic précieuse, non seulement pour affirmer l'existence d'une sinusite maxillaire, mais aussi pour la différencier des autres affections suppuratives voisines.

Nous relatons, dans notre deuxième observation, une erreur de diagnostic qui eût été évitée si l'on avait pris la peine de faire un seul lavage par l'orifice naturel. Le lavage est encore précieux comme méthode de traitement. Nous allons montrer que bon nombre de sinusites aiguës d'origine nasale, bon nombre aussi de sinusites d'origine dentaire peuvent guérir par ce simple procédé.

TRAITEMENT DE L'EMPYÈME LATENT
PAR LE LAVAGE PRATiqué
PAR L'ORIFICE NATUREL

On nous accordera que le diagnostic de l'empyème du sinus maxillaire est singulièrement facilité par le lavage explorateur pratiqué par la voie naturelle. Ce même lavage est non moins précieux comme méthode de traitement. Il n'entre pas dans nos projets d'étudier la valeur comparative des différents procédés de traitement de la sinusite maxillaire. Certes, on doit attribuer de nombreuses guérisons aux anciens procédés de Cowper, de Desault, à la méthode plus récente de Luc, et surtout à la perforation par le méat inférieur. Mais il n'en est pas moins vrai que le procédé que nous préconisons donne de non moins beaux résultats, et qu'il a en outre l'avantage d'être simple, non douloureux, et d'une innocuité absolue.

Que l'on consulte nos observations personnelles

n° 1 et n° 3, que l'on consulte surtout l'imposante série d'observations si concluantes qu'a bien voulu nous communiquer M. Garel, et l'on s'étonnera peut-être que cet excellent procédé de traitement soit aussi délaissé. Pour conclure, nous dirons avec M. Garel : « Nous sommes convaincu que lorsqu'on sait attendre on est étonné du pourcentage élevé de guérisons par la méthode des simples lavages, soit par l'orifice naturel, soit par les orifices artificiels...

« ...Nous avons le ferme espoir que ceux qui voudront suivre notre exemple arriveront aux mêmes conclusions que nous (1) ».

(1) Garel. — *Diagnost. et Trait. des mal. du nez* (2^e édit. p. 284).

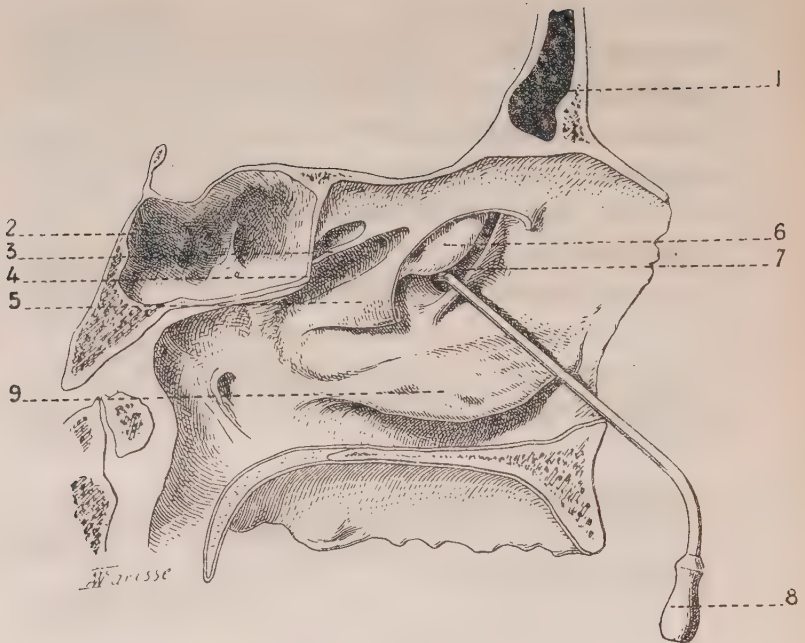
TECHNIQUE DU LAVAGE

Les instruments nécessaires pour la pratique du lavage sont le miroir frontal, un spéculum à valves séparées, un laveur ou une seringue appropriée et l'une des différentes sondes inventées, pour le cathétérisme du sinus. Les modèles le plus couramment employés sont la sonde de Heryng, modifiée par Garel, la sonde Hartmann ; une simple sonde d'Itard, de 1 millimètre $1/2$ de diamètre, et coudée à angle droit à 5 ou 6 millimètres de son extrémité, pourrait être utilisée. On pourrait également se servir de la sonde de Panas servant au cathétérisme du sinus frontal.

Le spéculum étant mis en place, on insinue dans le méat moyen, entre le cornet moyen et la paroi nasale, en se rapprochant le plus possible du bord adhérent du cornet, un tampon d'ouate trempé dans une solution de cocaïne à $1/10$. Le tampon est laissé en place 10 minutes. Après ce temps, on fait immo-

biliser la tête du malade par un aide, ou bien on la fait appuyer contre un plan résistant ; le spéculum à valves séparées est alors mis en place, on retire le tampon, et, sous le contrôle du miroir, l'on recherche soigneusement s'il n'existe pas sur la paroi sinusienne du méat moyen une traînée de pus qui serait un guide précieux pour aller à la recherche de l'ostium. La sonde est poussée dans le méat, le bec tourné en bas ; on accroche la lèvre interne de l'hiatus au niveau de la traînée de pus, ou en moyenne à 45 millimètres du bord postérieur de l'orifice des narines. On fait alors subir à la sonde un mouvement de rotation de 45° en dehors. Si le bec a pénétré dans l'orifice, il y est assujetti et ne peut ni reculer ni avancer ; dans le cas contraire ; il est mobile, et peut être déplacé dans tous les sens. Lorsque la canule est bien dans l'orifice, le liquide produit, en pénétrant, un bruit hydro aérique tout à fait caractéristique et ressort bientôt mêlé à une certaine quantité de pus plus ou moins fétide. On a recommandé au malade, comme pour le lavage des fosses nasales, d'incliner fortement la tête en avant, et de respirer largement, la bouche ouverte.

Si simple que soit le cathétérisme du sinus maxillaire par l'orifice naturel, lorsqu'on s'y est un peu exercé, il n'en est pas moins vrai que, dans certains cas, il est difficile, impossible même. Le professeur Garel, qui s'est fait en France le défenseur de cette



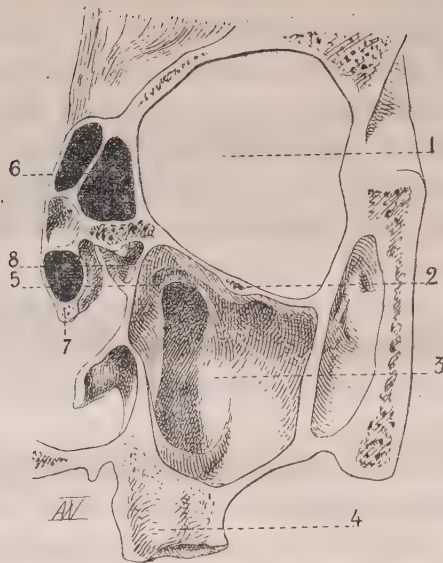
Cathétérisme de l'orifice naturel.

1. — Sinus frontal.
2. — Sinus sphénoïdal.
3. — Cornet supérieur.
4. — Méat supérieur avec orifice de communication des cellules ethmoïdales antérieures.
5. — Cornet moyen dont la moitié antérieure a été réséquée.
6. — Bulle ethmoïdale, et en arrière d'elle, dans le sillon rétrobulbaire, orifice de communication de la vésicule qu'elle renferme.
7. — Gouttière de l'infundibulum ou hyatus semi-lunaire. — Un stylet engagé et poussé dans la partie supérieure, pénétrerait dans le sinus frontal. — On remarque dans la partie la plus reculée de la gouttière, l'orifice naturel.
8. — Sonde de Hartmann dont le bec est engagé dans l'orifice naturel.

méthode si rationnelle de diagnostic et de traitement, évaluée à 60 0/0 le nombre des cas où le cathétérisme est possible. C'est une proportion considérable, bien faite pour encourager à tenter le lavage par l'orifice naturel. Dans le cas d'insuccès, il sera toujours bon d'explorer, avec le bec de la sonde, toute la région de la fontanelle nasale postérieure, au cas où existerait l'orifice accessoire de Giralès, que l'on rencontre, on le sait, dans la proportion de une fois sur dix.

Les principaux obstacles empêchant l'accès de l'ostium sont d'ordre anatomique ou d'ordre pathologique.

Parmi les causes anatomiques, la plus fréquente est l'étroitesse naturelle de la gouttière de l'infundibulum par la saillie exagérée de la bulle ethmoïdale, qui peut aller jusqu'à refouler le cornet moyen qu'elle applique contre la cloison. Une autre cause assez fréquente est le développement dans la moitié antérieure du cornet moyen, d'une cellule, véritable cellule ethmoïdale aberrante, communiquant avec le méat moyen par un orifice particulier, et pouvant atteindre de grandes dimensions. Cette disposition se rencontre assez souvent ; nous l'avons trouvée 4 fois sur les 20 pièces que nous avons examinées. — Un autre obstacle est l'élargissement considérable de la gouttière de l'infundibulum par le déjettement en dedans de l'unciforme. Sur une pièce que nous possédons, la gouttière, très élargie, mesure



Coupe frontale de la fosse nasale droite, montrant le cornet moyen bulleur. (Segment antérieur de la coupe).

1. — Orbite.
2. — Canal sous-orbitaire.
3. — Sinus maxillaire, avec, au niveau du plancher, un cloisonnement osseux incomplet.
4. — Rebord alvéolaire.
5. — Orifice naturel.
6. — 2 cellules ethmoïdales.
7. — Cornet moyen dans la $\frac{1}{2}$ antérieure ou tête, est une vésicule osseuse formée par l'écartement des deux lames compactes.
8. — Gouttière de l'infundibulum presque accolée à la soufflure de la tête du cornet moyen. Cette disposition rend difficile le cathétérisme par l'orifice naturel.

plus de 12 millimètres du bord tranchant de l'unciforme à l'ostium.

Parmi les causes pathologiques gênant l'accès de l'orifice, nous mentionnerons seulement les polypes muqueux implantés au voisinage de l'ostium, et l'hypertrophie de la tête du cornet moyen.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (*de l'auteur*).

Sinusite maxillaire droite. — Lavage par l'orifice naturel. —
Guérison en 3 semaines.

M. B., 63 ans, concierge, se présente au dispensaire Pereire, le 20 janvier 1901, pour des douleurs orbitaires droites, des douleurs à la nuque et un écoulement purulent, fétide de la narine droite datant de plusieurs années. En examinant le malade, on constate un gonflement notable de la joue du côté malade. Ce gonflement, avec les troubles vasculaires qui l'accompagnent, doivent être mis sur le compte d'un épithélioma superficiel des téguments de la joue, qui est recouverte de petits îlots de lamelles brunâtres au-dessous desquelles la peau montre de petites ulcérations à peine suintantes.

A la rhinoscopie, la muqueuse du cornet est rouge, vio-

lacée, épaissie et le méat est recouvert d'une couche de pus crémeux que nous enlevons facilement à l'aide d'une boulette d'ouate.

À l'éclairage électrique, la joue droite et la paupière inférieure sont complètement obscures. — Pas de perception lumineuse subjective. — La pression détermine une douleur très vive à l'émergence du nerf sous-orbitaire. — La région sus-orbitaire n'est douloureuse ni à la pression ni à la percussion.

L'examen de la bouche nous montre le malade complètement édenté, avec une voûte palatine plate et un rebord alvéolaire presque complètement effacé. — La muqueuse de ce rebord est rose pâle, sans vascularisation anormale en aucun point. — Le doigt pressant profondément ne provoque aucune douleur.

Le diagnostic est des plus simples et s'impose : il s'agit d'une sinusite maxillaire droite, sans participation du sinus frontal, et très probablement d'origine nasale.

Après avoir rétracté la muqueuse par l'application d'un tampon d'ouate imbibé de solution cocaïnée au 1/10^e, nous pénétrons facilement dans l'orifice naturel avec une sonde d'Itard à bec recourbé à angle droit à 8 millimètres de son extrémité. — Faisant ensuite pencher fortement la tête en avant, nous pratiquons le lavage et nous voyons ressortir le liquide mélangé à un pus très fétide. Nous pratiquons des lavages pendant plusieurs jours, l'amélioration est remarquablement rapide. — Dès le 5^e lavage, le liquide ressort clair, entraînant avec lui un petit bouchon muqueux gris

jaunâtre; 17 février — dernier lavage — le liquide ressort absolument limpide. Nous revoyons le malade le 25 février; la guérison est complète.

OBSERVATION II (*de l'auteur*).

M^{lle} X..., 43. Femme de chambre, est atteinte depuis 3 ans d'un suintement purulent au pourtour du collet de la 1^{er} petite molaire. Cette dent, atteinte de carie, a été soignée et obturée plusieurs années auparavant.

Le suintement est intermittent. Lorsque cet écoulement se tarit, la malade sent sa fosse canine se tuméfier et le gonflement remonte jusqu'au grand angle de l'œil. La malade nous déclare qu'en pressant sur la tuméfaction (très facile à délimiter), on percevait un petit craquement fin. Elle décrit ainsi elle-même la crépitation parcheminée. Elle est adressée à un spécialiste distingué, qui, après l'avoir soigneusement examinée, pose le diagnostic de sinusite maxillaire. Après avoir fait pratiquer l'extraction de la dent malade, l'alvéole est ponctionnée sans la moindre difficulté; un drain est mis à demeure et des lavages boriqués sont conseillés matin et soir. La fétidité et l'abondance de l'écoulement allant toujours en augmentant, la malade vient nous consulter.

Du côté de la joue, nous ne constatons rien de particulier; pas de coloration ni de vascularisation anormales. La pression n'est pas douloureuse. Lorsqu'elle est par trop accentuée,

elle provoque cependant une légère douleur, irradiant vers l'incisive latérale droite.

La voûte palatine n'offre rien à noter ni à la vue ni à la pression. Sur le rebord alvéolaire nous trouvons un orifice fistuleux, où le stylet s'engage facilement ; en le poussant horizontalement, il ne pénètre que de 2 centimètres en arrière, poussé verticalement, il s'élève assez haut vers l'apophyse montante du maxillaire supérieur et s'enfonce de 4 centimètres.

La malade ayant déclaré que l'on avait trouvé chez elle tous les signes d'une sinusite maxillaire, et ce diagnostic nous paraissant peu vraisemblable en présence des signes que nous avions déjà recueillis, nous recherchons avec un grand soin chez elle les signes de la sinusite dont elle se croit atteinte. A la rhinoscopie, le méat moyen apparaît tout à fait normal ; pas la moindre rougeur de la muqueuse, pas le moindre gonflement. Jamais d'écoulement purulent ou séro-purulent par la narine, jamais, non plus, d'ozène subjectif. Les autres signes classiques ne sont pas moins nets. A l'éclairage électrique, les paupières sont également illuminées, les pupilles également éclairées.

La malade éprouve des 2 côtés la perception lumineuse subjective et des 2 côtés également la paroi sinusienne du méat inférieur présente la même transparence. Nous pratiquons chez notre malade le lavage par l'orifice naturel et le liquide ressort absolument clair et transparent.

Enfin, contre-épreuve absolument décisive, nous introduisons dans la fistule du rebord alvéolaire une canule et

nous faisons un lavage de la cavité qui avait été prise à tort pour la cavité du sinus.

Il s'écoule, avec le lavage, un liquide jaunâtre et fétide. Lorsque le liquide ressort clair, nous enfonçons alors davantage la canule légèrement conique ; le liquide s'accumulant alors sous une certaine tension ressort en jaillissant par son orifice d'entrée. Pas une goutte de liquide n'arrive dans le méat moyen.

L'erreur était donc manifeste, la malade n'était pas atteinte de sinusite maxillaire, mais bien d'un kyste radiculo-dentaire développé au sommet d'une prémolaire cariée.

Cette observation montre clairement tout le parti que l'on peut tirer du lavage explorateur dans les cas embarrassants, et nous pensons que l'on ne s'étonnera pas de nous voir chercher à élever ce simple lavage au rang d'un précieux élément de diagnostic.

OBSERVATION III (*de l'auteur*).

Sinusite maxillaire droite, d'origine dentaire. — Lavage par l'orifice naturel. — Guérison en huit jours.

M^{lle} P. Tapissière, 39 ans.

Il y a six mois, va consulter un dentiste pour une carie de la première grosse molaire supérieure droite la faisant beaucoup souffrir. On propose l'extraction, et, après de grands efforts,

la dent est fracturée. A cinq reprises, on essaie d'avoir la racine brisée, mais tous les efforts n'eurent d'autre résultat que de produire une luxation de la mâchoire qui, du reste, fut réduite séance tenante. Pendant 15 jours la malade dut rester chez elle à se soigner.

Les névralgies que l'on croyait faire disparaître par l'extraction de la dent malade persistèrent avec des irradiations dans l'orbite, dans le front, dans la nuque. Les douleurs sont ressenties la nuit, le jour. Lasse de souffrir, la malade finit par se décider à consulter un second dentiste, qui, plus heureux que le premier, parvint à extraire la racine laissée dans l'alvéole. Mais cette heureuse intervention ne donna pas les résultats espérés, et la malade continua de souffrir. Trois semaines après, d'une manière soudaine, elle perçut, dans la fosse nasale droite, une très mauvaise odeur, due probablement à la rupture, dans le sinus, d'un abcès développé dans le rebord alvéolaire. La mauvaise odeur perçue par la malade est des plus pénibles; elle est obligée de se relever cinq ou six fois la nuit « pour se gargariser et se rincer la bouche ».

La malade nous est adressée le 10 mars au dispensaire Pereire. Nous constatons chez elle l'existence d'une sinusite maxillaire des plus manifestes. Le lavage explorateur par l'orifice naturel donne issue à un pus très fétide. La malade est lavée pendant huit jours. Dès le cinquième lavage, elle ne perçoit plus de mauvaise odeur.

Nous revoyons la malade le 20 mars. Elle nous déclare elle-même qu'elle est guérie. Elle ne perçoit plus de mauvaise odeur et ses névralgies ont cessé.

OBSERVATION IV (1).

H. D., 31 ans, 18 novembre 1893.

Empyème du sinus maxillaire gauche. Début remonte à plus d'un an. Sécrétion abondante peu fétide, purulente. Opacité de la joue gauche et absence de perception lumineuse du côté gauche. Premier lavage par l'orifice naturel le 21 novembre. — Issue d'un gros coagulum rougeâtre, de couleur chocolat. On lave de nouveau pendant quatre jours et l'on ne retire plus rien.

Le malade est examiné deux mois après. Il est complètement guéri.

OBSERVATION V

Jeune officier — 14 octobre 1893 — empyème du sinus maxillaire gauche. Début, deux ans. Ecoulement nasal purulent.

Opacité gauche et moins de perception lumineuse gauche.

(1) Cette observation et les suivantes sont dues à l'obligeance de M. Garel.

Le 2 novembre, premier lavage par l'orifice naturel. — Issue de pus abondant très fétide. Huit lavages consécutifs avec pus les 6 premiers jours, puis grumeau. — On cesse les lavages le 11 novembre. — Un nouveau lavage le 18 novembre ne donne pas de trace de pus, guérison définitive.

OBSERVATION VI

Femme 32 ans. (22 janvier 1892). Empyème maxillaire droit. Début, plus de 10 ans. Pus abondant et fétide, névralgies. Opacité droite et moins de perception lumineuse subjective. Lavages par l'orifice naturel, du 24 au 30 janvier, avec diminution progressive de l'affection. Guérison.

OBSERVATION VII

Madame de X..., 28 ans (8 décembre 1892). Empyème maxillaire gauche.

Début, 5 ans, 15 jours avant son mariage, après aurification d'une molaire. Pus abondant et très fétide. Opacité gauche et absence de perception lumineuse. Lavage par l'orifice naturel. Issue de pus très fétide.

Cinq lavages du 8 au 12 décembre. Le pus disparaît très

rapidement. Le malade, examiné le 1^{er}, février est complètement guéri.

OBSERVATION VIII

Homme 61 ans (16 octobre 1892). Empyème maxillaire gauche. Début, un an. Opacité et moins de perception lumineuse. Lavage par orifice naturel pendant huit jours. Le pus continue. On fait alors la ponction par le méat inférieur le 30 novembre. Les lavages sont faits ensuite par le malade en juillet. Il est complètement guéri.

OBSERVATION IX

Homme 45 ans, 1892. Empyème double des sinus maxillaires. Polypes du nez. Début, plus de 3 ans. On retire sans peine du pus en lavant par les deux orifices naturels. A eu 8 ou 10 lavages des deux côtés. Le pus a disparu. L'affection a récidivé plus tard et il a fallu faire l'ouverture alvéolaire des deux côtés.

OBSERVATION X

Docteur X..., 40 ans. Début, trois mois. Pus très fétide.

Le 19 février 1892, lavage par orifice naturel, issue de pus caséeux infect. On fait 6 lavages consécutifs et le pus disparaît complètement. Le pus reparait le mois suivant et je fais la ponction par le méat inférieur. Guérison assez rapide.

OBSERVATION XI

Femme 77 ans. Empyème maxillaire droit. Lavage par l'orifice naturel, 10 mois après le début. En 8 lavages guérison complète. On fait un lavage encore trois semaines plus tard et le pus ne reparait pas.

OBSERVATION XII

Homme 38 ans (3 novembre 1890), d'Annecy. Ecoule-
Thoumire

ment fétide du côté gauche depuis 2 ans. Signes confirmatifs par l'éclairage par transparence.

Dès la première visite je fais un lavage très facilement par l'orifice naturel, et je retire du pus fétide. On fait 7 lavages, dès le septième jour le pus a disparu. Depuis 10 ans il n'y a jamais eu de récurrence.

OBSERVATION XIII

Femme 40 ans. Sinusite maxillaire droite, début, 7 ans. Le lavage par l'orifice naturel est très facile et après 10 lavages semblables, la guérison est définitive.

OBSERVATION XIV

Homme 43 ans (septembre 1893). Empyème du sinus maxillaire gauche.

Début, 5 ans. L'éclairage électrique est très confirmatif. Je fais un premier lavage très facile par l'orifice naturel. Je retire du pus très fétide. Après ce premier lavage, le malade n'est pas revenu.

OBSERVATION XV

Femme 45 ans (juillet 1893). Empyème du sinus maxillaire gauche prouvé par l'éclairage électrique et les autres signes. Début, environ deux ans. Je fais le lavage immédiat par l'orifice naturel. Guérison obtenue par les lavages pratiqués du 24 juillet au 5 août.

OBSERVATION XVI

Homme 67 ans. Début, 10 mois d'une sinusite maxillaire droite. Eclairage électrique confirmatif. Lavage par orifice naturel très facile. Au bout de huit jours de lavages, la guérison est complète.

OBSERVATION XVII

H., 26 ans. Empyème double des sinus maxillaires. Début, deux ans.

Le côté gauche est guéri en 5 ou 6 lavages par l'orifice naturel.

Le côté droit est ouvert par la voie alvéolaire. Il est guéri en 8 jours.

OBSERVATION XVIII

Homme 61 ans (mars 1893). Polypes du nez et sinusite maxillaire gauche. Début, plus de 15 mois, lavage très simple par l'orifice naturel. Issue de pus très fétide. On lave pendant 8 jours. La guérison est complète.

OBSERVATION XIX

Femme 39 ans (mars 1894). Sinusite maxillaire droite. Début, deux ans et demi, signes évidents par l'éclairage électrique.

Lavage très facile par l'orifice naturel et issue de pus fétide. La sinusite semble disparaître au bout de 5 ou 6 lavages, puis le pus reparait comme le premier jour. On est obligé de recourir à la perforation alvéolaire.

OBSERVATION XX

Homme 28 ans (26 avril 1894). Empyème du sinus ma-

xillaire gauche. Début, un mois 1/2. Signes évidents par l'éclairage électrique. Malgré l'hypertrophie du cornet inférieur, je pénètre sans la moindre peine dans l'orifice naturel et je retire du pus fétide. Dès le second lavage, il n'y a plus trace de pus. Le 28 avril, troisième lavage, sans pus. Le quatrième lavage est fait le 2 mai. La guérison est complète.

OBSERVATION XXI

Femme adulte (8 mai 1893). Sinusite maxillaire gauche. Début, quatre ans. Signes évidents par l'éclairage. Le cornet moyen est volumineux et polypoïde, il masque la goutte de pus de méat moyen. Je pénètre immédiatement sans difficulté dans le sinus par l'orifice naturel et je retire du pus.

Je fais 8 jours de lavages consécutifs. Le pus semble avoir disparu après ces lavages et après l'ablation de la partie hypertrophiée. Comme cette malade est la femme d'un de mes confrères, j'apprends à son mari la technique du lavage par l'orifice naturel. Cette malade a eu des rechutes multiples et a dû se faire pratiquer le lavage de son sinus pendant plusieurs mois pour obtenir sa guérison.

OBSERVATION XXII

Homme 40 ans (11 mai 1894). Sinusite maxillaire gauche. Début certain un an. Signes évidents par l'éclairage. D'em-

blée je cathétérise l'orifice naturel et je retire du pus fétide. Quelques jours après je fais une série de lavages pendant 8 jours. Le résultat est parfait.

Récidive deux ans plus tard. Je perfore alors l'alvéole pour permettre au malade de se laver lui-même.

OBSERVATION XXIII

Femme adulte (26 juillet 1894). Sinusite maxillaire gauche. Signes évidents. On a fait une série de lavages par l'orifice naturel. Le pus semblait diminuer progressivement, mais il a été impossible de guérir la malade par cette méthode.

OBSERVATION XXIV

Homme 26 ans (octobre 1894). Sinusite maxillaire gauches. Le début peut être attribué à l'année 1890. Signes évidents par éclairage. A partir du 18 octobre, je lave les sinus par l'orifice naturel. Le pus abondant et grumeleux diminue rapidement. Le malade est lavé à nouveau au bout de 15 jours. La guérison se maintient.

OBSERVATION XXV

Homme adulte (octobre 1894) Sinusite maxillaire droite. Début, plus de 5 ans. Signes évidents, Je pénètre très facilement dans l'orifice naturel et je retire du pus abondant. Vu la persistance de la suppuration, je perfore l'alvéole pour permettre au malade de se soigner lui-même, car il habite loin de Lyon. Le pus coule toujours malgré des lavages, puis il disparaît définitivement.

OBSERVATION XXVI

Femme 42 ans (juin 1895). Sinusite maxillaire droite. Début, 6 ans. Opacité de la joue droite et absence de perception lumineuse de ce même côté. Je cathétérise l'orifice naturel sans peine, mais il est situé assez bas. Je retire du pus très fétide. La guérison est obtenue en une seule série de 8 lavages.

OBSERVATION XXVII

Femme 18 ans (octobre 1895). Nombreux polypes du

nez et sinusite maxillaire gauche. Les polypes ont été traités antérieurement. Je pénètre très facilement dans le sinus par l'orifice naturel. Le pus est peu fétide. La malade n'a pas été suivie.

OBSERVATION XXVIII

D^r D., 42 ans (décembre 1895). Sinusite maxillaire droite. Début, 6 mois. Signes classiques par l'éclairage. Lavage par l'orifice naturel. Issue de pus fétide. Une courte série de lavages et la guérison est complète.

OBSERVATION XXIX

Femme 30 ans (janvier 1896). Sinusite maxillaire droite. Début, deux mois. Preuve par éclairage. Lavage d'emblée par orifice naturel. La malade est obligée d'interrompre son traitement dès le second lavage à cause d'une maladie intercurrente. Elle reprend les lavages dans le courant de mars et en une courte série elle obtient la guérison définitive.

OBSERVATION XXX

Homme 40 ans (février 1896). Sinusite maxillaire gauche.

Début remonte à 7 ans. Issue de pus très fétide au moyen de la sonde placée dans l'orifice naturel. Les deux jours suivant il n'y a plus de pus. Le malade se repose 8 jours et lorsqu'on fait un nouveau lavage on s'aperçoit que la guérison est complète.

OBSERVATION XXXI

Homme 63 ans (novembre 1896). Sinusite maxillaire. Début, un an. Tous les signes classiques. Le lavage par l'orifice naturel paraît douteux ; cependant, après trois lavages, le malade ne mouche plus de sécrétions purulentes. La goutte de pus du méat moyen a définitivement disparu.

OBSERVATION XXXII

Femme 40 ans (septembre 1897). Polypes du nez et sinusite maxillaire gauche. Début, 5 ans. Opacité de la joue et absence de perception lumineuse subjective. Je pénètre facilement dans l'orifice naturel, mais la suppuration persistant, je fais la perforation alvéolaire.

OBSERVATION XXXIII

Homme officier, 42 ans (septembre 1898). Sinusite maxil-

laire gauche, caséuse. Début, 6 mois. Opacité de la joue gauche et absence de perception lumineuse du même côté. Le 5 septembre, lavage par l'orifice naturel. Issue de pus caséux abondant, peu fétide. Le 7, deuxième lavage masses caséuses moins abondantes. Le 9, troisième lavage, pus en quantité minime.

Le 16, quatrième et dernier lavage; la guérison est complète et définitive, car le malade a été revu plus tard.

OBSERVATION XXXIV

Homme 63 ans (septembre 1898). Sinusite maxillaire gauche, rhinite caséuse, guérie en un seul lavage. Début remonte à trois mois. Signes classiques de la sinusite. Céphalée intense et douleurs sous-orbitaires.

Je fais un lavage par l'orifice naturel et je retire une quantité considérable de pus caséux sous la forme de blocs assez importants.

Le malade revient 15 jours après, il est complètement guéri.

OBSERVATION XXXV

Femme 38 ans (novembre 1898). Sinusite maxillaire gauche, datant de 2 mois, à la suite d'une affection dentaire. Par l'orifice naturel je retire un peu de pus. Guérison assez rapide.

OBSERVATION XXXVI

Femme adulte (septembre 1899). Début, trois mois, sinusite maxillaire gauche. Signes classiques ordinaires. L'orifice naturel se prête très bien au cathétérisme, mais après 8 jours de lavages, la suppuration continue. Je conseille de faire extraire la dent cariée et la suppuration cesse comme par enchantement. Après l'extraction de la dent, le dentiste crut de son devoir de perforer l'alvéole. A mon avis, cette perforation était tout à fait inutile. Je revois la malade deux mois après et je constate que la guérison se maintient.

OBSERVATION XXXVII

Homme 50 ans (mai 1900). Sinusite maxillaire droite. Début, un an. Tous les signes classiques existent dans ce cas. Les lavages par l'orifice naturel se font très bien. Au bout de quelques jours la suppuration se reproduit. Je conseille de faire la perforation alvéolaire pour permettre de continuer les lavages. Au bout de quelque temps la guérison est définitive.

OBSERVATION XXXVIII

Homme adulte (octobre 1900). Sinusite maxillaire gauche, caséuse. Début, deux mois ; — signes classiques, confirmatifs de la sinusite.

Je pénètre de suite dans l'orifice naturel et je retire du pus caséux très fétide et abondant. Dès le deuxième lavage, je ne trouve plus trace de pus. Même résultat pour le troisième lavage. La guérison est donc très rapide.

CONCLUSIONS

I. L'empyème latent du sinus est d'une grande fréquence. Ses complications peuvent être redoutables. C'est une affection qu'il faut savoir diagnostiquer.

II. Les signes classiques d'empyème latent sont nombreux, mais aucun d'eux n'est pathognomonique.

III. Est pathognomonique, au contraire, la reconnaissance du pus dans la cavité sinusienne elle-même. Cette reconnaissance ne peut se faire que par l'exploration de la cavité suspectée, et le procédé le plus rationnel est le lavage explorateur à l'aide du cathétérisme. La valeur diagnostique du cathétérisme est donc considérable.

IV. En cas d'insuccès, on aura recours à la ponction par le méat moyen, ou mieux par le méat inférieur.

V. La valeur thérapeutique du lavage par l'orifice

naturel doit être prise en très sérieuse considération. De nombreux cas de guérison peuvent être obtenus par ce simple procédé.

VI. A moins d'indications pressantes, on devra toujours commencer par traiter l'empyème latent du sinus maxillaire par la voie naturelle.

Les autres méthodes de traitement : la perforation du méat inférieur (Krause), la trépanation alvéolaire (Cowper), la trépanation de la fosse canine (Desault), et surtout les grosses interventions chirurgicales dont on a abusé dans ces dernières années, seront réservées aux seuls cas rebelles pouvant faire penser à quelque complication (fongosités, carie, nécrose des parois).

Vu par le Président de la thèse,
DIEULAFOY.

Vu le doyen :
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- J. GAREL. — Diagnostic et traitement des maladies du nez
(2^e édition).
- ZUCKERLANDK. — Anatomie normale et pathologiques des
fosses nasales.
- JAMAIN et TERRIER. — Manuel de pathologie et de clinique
chirurgicale.
- TERRIER. — Chirurgie de la face.
- LERMOYEZ. — Thérapeutique des maladies des fosses nasales.
- LERMOYEZ. — Rhinologie, otologie, laryngologie à Vienne.
- CASTEX. — Maladies du larynx, du nez et des oreilles.
- JOURDAIN. — Recherches sur les différents moyens de traiter
les maladies du sinus maxillaire, in *Journal de Médecine*,
t. XXVII, p. 157.
- GÉRARD MARCHAND. — Kyste dentigère du sinus (Société
anatomique, 25 janvier 1889).
- MOURE (de Bordeaux). — Bulletins de la Société française
d'otologie.

PAUL RAUGÉ. — La chirurgie des sinus maxillaires et ses progrès depuis 10 ans.

GIRALDÈS. — Recherches sur les kystes muq. du sinus maxill. Mém. de la Soc. de chirurgie, 1853, t. III.

ALBARRAN. — Kyste des mâchoires.

BOUSQUET. — Etude sur les abcès développés dans le sinus maxill. *Thèse de Paris*, 1876.

G. POINSOT. — Malad. des sinus in *Nowv. dict. de méd. et de chirur. prat.*, t. XXIV, p. 69.

ZIEM (de Dantzig). — Munch. méd. Woch, avril 1892, n° 16.

MOTAIS. — Contribut. à l'étude de l'origine bucco-nasopharynx. de la méningite. *Thèse de Paris*, avril 1900.

FESTAL. — Recherches anatomiques sur les veines de l'orbite, leurs anastomoses. *Thèse de Paris*, 1887.

